

# La sécu en vase clos ?

Béatrice Majnoni d'Intignano

*Libération, octobre 2003.*

Le président de la République a souhaité après son élection faire appliquer les principes de « bonne gouvernance » aux administrations et à la sécurité sociale. La « bonne gouvernance » est la contrepartie de la délégation de gestion. Ses principes sont nés dans le monde politique démocratique ; ils se diffusent depuis dix ans dans les entreprises (loi Sarbanes-Oxley aux Etats-Unis, rapport Bouton en France). Quels principes ? 1) La légitimité des mandataires ; 2) la définition des objectifs et l'évaluation des résultats ; 3) la transparence des informations ; 4) un contrôle actif par les mandants (électeurs ou actionnaires). Comment les transcrire à la sécurité sociale ? La réponse dépend des fondements philosophiques adoptés par le pays. Dans les *systèmes de santé universels* (Nord et Sud de l'Europe), dits de Beveridge, les assurés sont les citoyens, représentés par leurs députés ; l'impôt finance les soins, gérés par une administration professionnelle, sous la responsabilité du parlement ; les dirigeants sont parfois financièrement responsables. Dans les *systèmes de santé professionnels* (Europe centrale), dits de Bismarck, les assurés sont les travailleurs et leurs ayants-droits, représentés par les partenaires sociaux (syndicats) qui gèrent les caisses ; des cotisations sociales prélevées sur les salaires financent ; la loi définit les règles générales.

La France adhère à la seconde philosophie au plan juridique et de l'organisation mais évolue vers la première au plan financier et de la décision. En effet, la réforme de 1996 a créé une double représentation des assurés : par *les syndicats* aux conseils d'administration des caisses, selon les principes de Bismarck ; par *leurs députés*, selon les principes de Beveridge, avec le vote d'une loi de financement de la sécurité sociale et des grands objectifs. Cette loi est conforme aux principes de la démocratie : contrôle des prélèvements obligatoires par le citoyen. Que faire en cas de conflit ? Par exemple quand le budget alloué à la santé n'est pas respecté comme depuis 1997 ? Par ailleurs trois faits nous font évoluer vers un système universel : le financement provient maintenant surtout de la CSG qui a la nature d'un impôt ; les décisions majeures de régulation sont prises ou négociées par le gouvernement depuis 1985 (budget global des hôpitaux, enveloppe d'honoraires des médecins, accord-cadre avec l'industrie pharmaceutique, diffusion des génériques, augmentation des généralistes...) ; enfin la CMU affirme le principe de couverture universelle. L'organisation professionnelle et le paritarisme se trouvent donc remis en cause.

La légitimité des mandataires à l'assurance maladie se dilue. Les syndicats représentent 8% des actifs, (8% de 26 millions = 2,1 millions) alors que les assurés sociaux sont plus de 60 millions. Ils ne sont plus élus depuis 1983 ; les syndicats dits « représentatifs » sont nommés et en situation de monopole. Piètre démocratie. Ils ont aussi perdu leur légitimité par l'échec de leur gestion. Les conventions négociées et signées par eux avec les médecins spécialistes (refus des lettres-clé flottantes) ont été annulées par le Conseil d'Etat et le Conseil constitutionnel si bien qu'aucune régulation ne subsiste depuis des années. Surtout une collusion d'intérêts entre les syndicats professionnels et les syndicats médicaux ou hospitaliers défend l'emploi, les revenus des professionnels de santé et le statu-quo qui génèrent l'augmentation des dépenses, au détriment des assurés et des cotisants. Exemples ? Le retard à faire évoluer le budget global des hôpitaux vers une tarification liée à la maladie a protégé les hôpitaux les mieux dotés et augmenté l'inégalité de dotation entre eux : à activité égale, les écarts de budget peuvent atteindre +/- 20%. Le retard à diffuser les cartes vitale a protégé les médecins peureux de voir la sécurité sociale contrôler leur revenu. Le retard à rembourser tous les médicaments ayant un générique au prix de ce dernier a satisfait les revendications des laboratoires. Le refus de lier la croissance des dépenses de santé à celle de la production nationale a permis au pouvoir d'achat des médecins spécialistes de croître de +40% depuis 1980 alors que celui des cotisants augmentait seulement de +15%.

Qu'en est-il de l'information ? Le charabia de la sécu : tarifs de responsabilité, Ondam, assujettis... protège le monde professionnel de toute compréhension par le citoyen. L'absence de référence aux expériences étrangères, considérées par les partenaires sociaux comme « non pertinentes » pour « le meilleur système de santé au monde » protège elle aussi le huis-clos. Il a fallu attendre que l'abus d'antibiotiques ait provoqué une résistance des germes, dangereuse pour les maladies graves, pour engager une campagne sur les abus de prescriptions connus depuis des années : « les antibiotiques, pas automatiques ». Les expériences de « médecins référent », pourtant autorisées depuis 1993,

restent l'exception. Les déficits sont toujours imputés au progrès technique et au vieillissement, alors qu'ils résultent de l'absence de régulation. Il faut bien comprendre en effet que les dépenses de santé sont en réalité les revenus des professionnels ; il serait normal qu'ils s'ajustent à la croissance de ceux des cotisants. C'est le principe politique adopté par l'Allemagne dès 1977 dans sa loi d'action concertés : les taux de cotisations doivent rester stables. Le principe a été réaffirmé en 2000. La réforme actuelle vise à l'appliquer. Et les taux ont été maintenus entre 13 et 14% des salaires, abstraction faite de l'effet de la réunification de 1990.

Ce mélange de conservatisme et de gestion d'amateur a généré un réel malaise des professions médicales : chirurgiens et infirmières, généralistes, un excès de dépenses, des inégalités choquantes entre les régions et les classes sociales, désorganisé les hôpitaux et bloqué l'évolution. La France souffre à la fois d'excès de lits d'hôpitaux et de pénuries de matériels de haute technologie ; les médecins généralistes se plaignent de leurs faibles revenus alors que les deux tiers des urgences hospitalières, qui encombrant les hôpitaux et grèvent leur budget, relèveraient d'un médecin de famille. Les mutuelles et les assureurs complémentaires se voient refuser les informations qui leur permettraient de s'engager dans une vraie gestion des risques. Les marques de disfonctionnement abondent : lire les rapports successifs de la Cour des Comptes. Les espoirs de les résorber se réduisent avec les années. Le temps de la réforme est donc venu. Mais avec qui l'engager ? Comment sortir de la contradiction : dépenses de santé élevées et non maîtrisées, résultats parfois médiocres, mécontentement des professionnels ?

La réforme des retraites était simple. Une fois les objectifs politiques définis, il a suffi de définir quelques paramètres : l'âge, la durée de cotisation, le taux de remplacement (retraite sur salaire). Le consensus social était destiné à emporter l'adhésion aux principes d'ajustement. Après, les ordinateurs ont fait les calculs, collectifs ou individuels. Demain ils les transcriront sur les ordres de versement des pensions aux banques. La réforme d'un système de santé est autrement complexe. Le succès dépendra de millions de décisions prises chaque année : Hospitaliser ou non ? Prescrire ou non, et si oui quoi ? Faire grève ? Ce ne sont pas les ordinateurs qui les prendront. Elles ne peuvent se modifier qu'avec la collaboration active des professionnels de santé. Mais la réforme exigera aussi de mettre en œuvre des techniques de régulation, des incitations financières et des structures appropriées. Il faudra du professionnalisme et de l'intelligence. Par exemple comment penser réorganiser et décentraliser avec quatre organismes censée être responsable d'une partie de la santé et des professionnels dans chaque région : URCAM, ARH, DRASS, ORS, plus le préfet, qui tous empiètent sur leurs compétences respectives. Une Région sanitaire unique ferait mieux l'affaire ; on le sait depuis longtemps, pourquoi attendre ?

Enfin, l'expérience internationale suggère qu'il faut environ six ans pour mener une réforme à bien : deux pour la concevoir et faire entrer les textes en vigueur ; deux pour modifier les comportements ; deux pour engranger les effets. Ou constater l'échec, comme on le fait aujourd'hui de la réforme Juppé de 1996. Alors, il importe de bien s'y prendre.

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie consacre la philosophie professionnelle : 15 partenaires sociaux et trois directeurs de caisses, plus trois présidents d'associations d'usagers y représentant les assurés sociaux. Que fait le patronat dans cette galère ; ne devrait-il pas concentrer son action sur l'emploi, la formation professionnelle et l'intégration des jeunes s'il veut faire du social utile ? Le paritarisme a vécu. Six députés et sénateurs représentent les citoyens. Tous les professionnels de santé, tous les corporatismes sont représentés, même ceux qui bloquent l'évolution depuis des lustres et ceux qui ont démontré, lors de fonctions antérieures, leur incapacité à engager des réformes, comme d'anciens dirigeants de la CNAMTS ou de l'AP-HP, connus pour avoir orchestré le statu-quo ? Bref, on prend les mêmes et on recommence. Ces personnalités se trouvent face à face depuis des années sans jamais conclure et ont toujours laissé le gouvernement prendre les décisions désagréables (augmenter les cotisations) ou engager les négociations importantes (avec les laboratoires par exemple). Les médecins ne s'y trompent pas, qui sollicitaient l'arbitrage du ministre lors des derniers conflits avec les caisses, pourtant en principe chargées de négocier avec eux les augmentations d'honoraires. Le gouvernement devra financer les déficits engrangés en quatre ans et les fonds promis aux hôpitaux (45 milliards, soit entre cinq et six ? vérifier ? points de CSG). Aujourd'hui il appartient au pouvoir politique de reprendre la main et de décider. Il y faudra de l'intelligence et beaucoup de pédagogie. Le Haut conseil pourra en bénéficier, mais il serait illusoire d'en attendre des décisions constructives.